



Fysioterapia-asiakkaan toimintakyvyn arviointi Helsingin MS-neuvolassa

Riikka Pitkänen

Kehittämistehtävä
Toukokuu 2011
Ammatilliset erikoistumisopinnot
Neurologinen fysioterapia
Tampereen ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Ammatilliset erikoistumisopinnot
Neurologinen fysioterapia

PITKÄNEN, RIIKKA: Fysioterapia-asiakkaan toimintakyvyn arviointi Helsingin MS-neuvolassa

Kehittämistehtävä 36 s., liitteet 7 s.

Toukokuu 2011

Asiakkaan toimintakyvyn arviointi on pohjana kuntoutuksen ja fysioterapian suunnittelulle, tavoitteiden asettamiselle sekä arvioinnille. Kokonaisvaltaisella arvioinnilla saadaan tärkeää tietoa asiakkaan toimintakyvystä, voimavaroista ja tarpeista. Kuntoutuksen ja fysioterapian tavoitteiden tulee perustua konkreettisiin ja asiakkaalle merkityksellisiin arkipäivän toimintoihin. Näin tavoitteet ovat asiakkaalle selkeitä ja niihin sitoutuminen helpompaa.

Tämän kehittämistehtävän tavoitteena oli kehittää Helsingin MS-neuvolan fysioterapia-asiakkaan toimintakyvyn arviointia yhtenäisemmäksi. Kehittämistehtävän tarkoituksena oli rakentaa fysioterapiaan arviointilomake, jota käytettäisiin kartoittaessaan asiakkaan toimintakykyä esimerkiksi fysioterapiasuunnitelmaa varten. MS-neuvolan fysioterapeutit halusivat lomakkeen muistuttamaan toimintakyvyn eri osa-alueista ja sen huomioitavista seikoista. Lomakkeen tuli pohjautua toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainväliseen luokitukseen eli ICF:n.

Kehittämistehtävän pohjalta varsinainen arviointilomake rakentui ICF-luokituksen käsitteistön avulla. Käsitteistö koostui MS-taudille merkittävistä osa- ja aihealueista, jotka on poimittu MS-taudin oireiden ja tarpeiden pohjalta. Osa- ja aihealueista rakentui lomake, jossa näkyy vahvasti ICF:n terminologia. ICF-luokituksessa käytetyt käsitteet ovat kuitenkin laajoja ja terminologia tarkasti määriteltä, joten rakensin lomakkeen tueksi liitteen tarkenteineen.

ICF-luokitus on antanut minulle hyviä näkemyksiä ja työkaluja asiakkaan toimintakyvyn arviointiin ja asiakaslähtöisyyteen. Asiakkaan näkemyksen ja kokemuksen huomioiminen on tärkeää, koska ne saattavat eroa hyvinkin paljon asiantuntijoiden näkemyksestä. Asiakas ei aina myöskään osaa nimetä omia voimavaroja, jolloin niiden löytäminen on osa ammattitaitoa ja asiakaslähtöisyyttä. Toivon myös, että lomake tulee yhdenmukaistamaan käsitteitä ja työtapoja Helsingin MS-neuvolassa.

Asiasanat: Toimintakyky, arviointi, ICF, fysioterapia

SISÄLLYS

1 JOHDANTO.....	4
2 HELSINGIN MS-NEUVOLA.....	6
3 MULTIPPELISKLEROOSI.....	8
3.1 Etiologia.....	8
3.2 Oireet	9
3.3 Harvinaiset neurologiset sairaudet.....	11
4 KUNTOUTUS.....	12
4.1 Kuntoutusprosessi.....	12
4.2 Asiakaslähtöisyys	13
4.3 Moniammatillisuus	14
5 FYSIOTERAPIA.....	16
5.1 Neurologinen fysioterapia	16
5.2 Kliininen päättely	17
5.3 Fysioterapiasuunnitelma	19
6 TOIMINTAKYKY	20
6.1 Toimintakyvyn käsite	20
6.2 Toimintakyvyn arvioiminen	20
6.2.1 Toimintakyvyn kartoittaminen	21
6.2.2 Toimintakyvyn mittaaminen.....	21
6.2.3 Vaikuttavuuden arvioiminen	22
7 ICF-LUOKITUS.....	24
7.1 ICF-luokituksen rakentuminen	25
7.2 ICF-luokituksen keskeisiä käsitteitä	26
7.3 MS-tautia sairastavan toimintakyvyssä huomioitavat osa-alueet ICF:n mukaisesti.....	27
8 FYSIOTERAPIA-ASIAKKAAN TOIMINTAKYVYN ARVIOINTILOMAKE	29
9 POHDINTA.....	34
LÄHTEET	35
LIITTEET	37
Liite 1 ICF-luokitus	37

1 JOHDANTO

Suomessa Multippeliskleroosia eli MS-tautia sairastaa noin 6000 suomalaista. MS-tauti on nuorten aikuisten etenevä neurologinen sairaus, johon sairastutaan useimmiten työikäisenä. MS-tauti on parantumaton, joten kuntoutustoimenpiteet ovat jossakin vaiheessa monelle sairastuneelle välttämättömiä. (Ruutiainen 2001.) Helsingin MS-neuvola tarjoaa MS-tautia ja harvinaisia neurologisia sairauksia (HARNES) sairastaville kuntoutuspalveluita sekä ohjausta ja neuvontaa kuntoutukseen ja sairastumiseen liittyvissä kysymyksissä (Laatukäsikirja 2008).

Toimintakyvyn arviointi on pohjana kuntoutuksen ja fysioterapian suunnittelulle, tavoitteiden asettamiselle sekä arvioinnille. Kokonaisvaltaisella arvioinnilla saadaan tärkeää tietoa asiakkaan toimintakyvystä, voimavaroista ja tarpeista. Kelan Suositukset Hyvistä kuntoutuskäytännöistä (2011) korostaa kuntoutujan kokonaisvaltaisen arvioinnin merkitystä. Kuntoutuksen ja fysioterapian tulee perustua kuntoutujan tarpeisiin, huomioiden hänen kokemuksensa omasta toimintakyvystä ja siihen liittyvistä ongelmista sekä voimavaroista.

Helsingin MS-neuvolassa on käytetty asiakkaan toimintakyvyn arvioinnissa Fysioterapeutista Tutkimuslomaketta, joka on otettu käyttöön vuonna 1992. Lomake perustuu sen hetkiseen näkökulmaan toimintakyvystä ja sen arvioimisesta. Tänä päivänä lomake koetaan fysioterapeuttien keskuudessa hankalaksi käyttää sen laajuuden ja yksityiskohtaisuuksien vuoksi. Lomake ei myöskään kartoita asiakkaan toimintakykyä kokonaisvaltaisesti eikä huomioi asiakkaan omaa näkökulmaa omasta toimintakyvystään. Kartoittaessani työyhteisössä kyseisen lomakkeen käyttöä, kukaan ei käytä sitä suunnitelmallisesti työssään. Kehittämistehtävän aihe nousi esille fysioterapeuttien kokiessa tarpeelliseksi yhtenäistää asiakkaiden toimintakyvyn arviointia ja toivomuksena oli konkreettinen työväline lomakkeen muodossa asiakastyötä helpottamaan.

Tämän työn tavoitteena on kehittää Helsingin MS-neuvolan fysioterapia-asiakkaiden toimintakyvyn arviointia yhtenäisemmäksi. Kehittämistehtävän tarkoituksena on rakentaa fysioterapiaan arviointilomake, jota käytetään kartoittaessa asiakkaan toimintakykyä esimerkiksi fysioterapiasuunnitelmaa varten. Lomakkeen tarkoitus on muistuttaa

toimintakyvyn osa-alueista ja huomioitavista sekoista. Lomakkeen tulee pohjautua toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainväliseen luokitukseen eli ICF:n.

2 HELSINGIN MS-NEUVOLA

Helsingin ja Uudenmaan MS-yhdistys ry (HUMS) perusti Helsingin MS-neuvolan vuonna 1972 tarjoamaan palveluja Multippeliskleroosia (MS-tautia) ja harvinaisia neurologisia sairauksia (HARNES) sairastaville ja heidän omaisille. Neuvolaan luotiin puitteet sairastuneille ja heidän omaisilleen saada asiantuntevaa ohjausta ja neuvontaa sairauteen liittyen. MS-neuvolassa panostettiin yhteistyöhön olemassa olevien palvelujärjestelmien kanssa sekä palvelujen täydentämiseen. (Laatukäsikirja 2008.) Toiminnan laajetessa Helsingin MS-neuvola siirtyi Suomen MS-liitto ry:n alaisuuteen tammikuussa 2010.

Suomen MS-liitto ry:n historia juontaa juurensa vuodesta 1971, jolloin se perustettiin Suomen MS-yhdistysten liittona. Liiton tehtävä oli toimia valtakunnallisena jäsenyhdistyksenä keskusliittona MS-taudin ja harvinaisiin neurologisiin sairauksien hoidon ja kuntoutuksen edistämiseksi. Toimintaan kuuluu myös mm. yhdistysten jäsenten kouluttaminen ja neuvominen sekä tehtävät valtakunnallisena edunvalvojana. Vuonna 1991 nimi vaihtui Suomen MS-liitto ry:ksi. Suomen MS-liitto ry panostaa yhteistyöhön ja verkostoitumiseen niin kotimaassa kuin kansainvälisesti. (Suomen MS-liitto ry:n esitelykansio.)

Helsingin MS-neuvola on osa MS-liiton avokuntoutuspalveluita tuottavaa yksikköä Avokuntoutus Aksonia. MS-neuvola tarjoaa avokuntoutusta, neurologien palveluita ja sosionomien ohjausta ja neuvontaa. MS-neuvola tuottaa palveluja pääosin MS-tautia ja harvinaista aikuisiän neurologista sairautta (HARNES) sairastaville ja heidän läheisilleen. (Helsingin MS-neuvola-esite, 2010.)

Helsingin MS-neuvolassa työskentelee neuvolan esimies, kuusi kokopäiväistä fysioterapeuttia, kaksi fysioterapeuttia 1-2 päivää viikossa, kaksi sosionomia ja kolme neurologia. Lymfaterapeutti työskentelee neuvolassa kerran viikossa ja tarvittaessa toimintaterapeutti. Kaksi neurologia pitää vastaanottoja 1-2 kertaa viikossa puhelinaikojen lisäksi ja Botox-pistoksia antava neurologi 3 kuukauden välein.

MS-neuvolan kuntoutuspalvelut sisältävät yksilöllisen ja ryhmämuotoisen fysioterapi-an, lymfaterapian, allasterapian, toimintaterapian ja vaikeavammaisten avomuotoisen ryhmäterapian. Yksilöterapiat voivat olla ohjaus- ja/tai neuvontakäyntejä sekä eripituisia terapiajaksoja muutamasta käynnistä vuosia kestäviin terapiaihin. Kuntoutuspalvelut ovat pääsääntöisesti Kelan kustantamia, mutta MS-neuvolaan hakeudutaan myös lääkärin läheteellä, terveydenhuollon tai vakuutusyhtiönmaksusitoumuksella tai omalla kustannuksella. MS-neuvolan sosionomit antavat ohjausta ja neuvontaa esimerkiksi sairastumiseen, sosiaalityönsuunnitteluun ja kuntoutukseen liittyvissä asioissa. Neurologien palvelut käsittävät perinteiset vastaanottokäynnit, neuvonta- ja ohjauskäynnit, lausuntojen ja todistusten laatimiset sekä Botox-pistoshoidot. (Helsingin MS-neuvolan esite, 2010.)

3 MULTIPPELISKLEROOSI

Multippeliskleroosi eli MS-tauti on Suomen yleisin nuorten invalidisoiva keskushermoston sairaus. Tauti diagnosoidaan keskimäärin 30 vuoden iässä ja on kaksi kertaa yleisempää naisilla kuin miehillä. (Tienari 2010, 1.) MS-tauti on jakautunut maailmalla epätasaisesti ja sitä esiintyy runsaasti Euroopan pohjoisosissa, eteläisessä Kanadassa ja Yhdysvaltojen pohjoisosissa sekä eräissä osissa Australiaa. Tutkimukset ovat osoittaneet että Suomessa MS-tautia esiintyy eniten Etelä-Pohjanmaalla. Suomessa MS-tautia sairastaa noin 6000 henkilöä. (Ruutiainen 2001, 7.)

3.1 Etiologia

MS-tauti on etiologialtaan tuntematon keskushermoston valkean aineen autoimmuunisairaus. MS-taudin syntymekanismi on epäselvä, mutta jonkin aikaan on epäilty keskushermostoon tunkeutuvaa virusta. Mitään yksittäistä virusta ei ole pystytty yhdistämään MS-tautiin, vaan lukuisat melko tavalliset virukset ja bakteerit saattavat johtaa taudin puhkeamiseen perinnöllisesti alttiilla yksilöllä. (Ruutiainen & Tienari 2001, 344.) Lääkärin käsikirjassa Tienari (2010, 1) esittää vallitsevan teorian, jossa lapsuudessa sairastetun virusinfektion yhteydessä elimistöön muodostuu myeliinin eli hermo-vaipan rakenteita tunnistavia T-lymfosyyttejä eli valkosoluja. Nämä verenkierrossa olevat valkosolut voivat aktivoitua myöhemmin virusinfektion yhteydessä ja näin pystyisivät läpäisemään yleisen verenkierron ja keskushermoston välisen esteen. Tämän esteen läpäisevät valkosolut käynnistävät tapahtumaketjun, jossa ne ovat tunnistavinaan hermo-vaipassa omalle keholle vieraita rakenteita ja alkavat tuhoamaan näitä. MS-oireet selittyvät hermo-vaipan rikkoutumisella ja laaja vaurio aiheuttaa pysyviä oireita. Pahanemisvaiheen jälkeen toimintakyvyn palautuminen puolestaan selittyy kudosturvotuksen vähentymisellä ja vaurion lähellä olleiden hermoratojen toiminnan elpymisellä ja korvaavien ratojen syntymisellä. (Tienari 2010, 1, Ruutiainen 2001, 5.)

MS-taudin sairastumisalttiuteen vaikuttavat ulkoiset ja perinnölliset tekijät. Ympäristötekijät vaikuttavat sairastumiseen lähinnä lapsuusiässä. Tutkimuksissa on osoitettu, että muutto ennen puberteetti-ikää pienelle MS-taudin esiintyvyyalueelle vähentää huomattavasti sairastumisriskiä. (Ruutiainen & Tienari 2001, 345.) Perintötekijöiden alt-

tiudesta Tienari (2010, 2) kertoo MS-tautia sairastavan sisaruksilla olevan 25-kertainen riski sairastua muuhun väestöön verrattuna.

Käypähoitosuositus (2009) jakaa MS-taudin kahteen päätyyppiin; aaltomaisesti etenevään (relapsoiva-remittoiva) ja ensisijaisesti etenevään (primaaris-progressiivinen). Aaltomaisesti etenevä tautimuoto on yleisin, jota esiintyy 80–85% sairastaneista. Tyypillistä on voinnin pysyminen vakaana akuuttien oirejaksojen välillä. Oirejakso tarkoittaa uutta neurologista oireistoa tai vanhojen oireiden äkillistä pahenemista, joka kestää vähintään 24 tuntia ja enintään neljä viikkoa. Aaltomaisesti etenevä tautimuoto muuttuu myöhemmin suurimmalla osalla toissijaisesti eteneväksi (sekundaarisesti progressiivinen), jolloin toimintakyky heikkenee tasaisesti riippumatta pahenemisvaiheiden esiintymisestä. Ensisijaisesti etenevä taudin oireisto etenee tasaisesti heti alusta lähtien. (Käypähoitosuositus 2009, 4.)

MS-diagnoosi tehdään lääkärin tekemän neurologisen ja muiden tutkimusten perusteella. Neurologisessa tutkimuksessa kartoitetaan oireita eli kuinka impulssit kulkevat hermosäikeitä pitkin. Magneettikuvauksessa nähdään MS-taudin aiheuttamat muutokset aivoissa ja selkäytimessä hyvinkin varhain. Selkäydinnesteen tutkimuksessa etsitään tulehduksen merkkejä selkäydinnesteestä, jolla useimmiten varmistetaan diagnoosi. (MS-mitä siitä? 2007, 26–29.)

3.2 Oireet

MS-taudin oireet ovat monimuotoisia ja määräytyvät keskushermoston tulehduspesäkkeiden sijainnin ja koon mukaan. MS-taudin oireet voidaan selittää hermoaipan rikkoutumisella eli myeliinikadolla. Myeliiniä on runsaimmin näköhermoissa, aivokammioiden ympärillä isoissa aivoissa, pikkuaivojen ja aivorungon liitoskohdassa ja erityisesti selkäytimessä. (Ruutiainen 2001, 14.)

Uupuminen eli fatiikki on yleinen MS-tautiin liittyvä oire. Sen vaikeusaste ei riipu muiden oireiden määrästä ja voi ilmaantua kauan ennen sairastumisen toteamista. Uupuminen näkyy mm. työstä ja fyysisestä rasituksesta palautumisen pitkittymisenä, valvomisen vaikeutena ja huonona lämmönsietona. (Ruutiainen 2001, 14.)

Näköhermotulehdus on monelle MS-tautia sairastavan ensimmäisiä oireita. Oireina ovat toisen tai kummankin silmän näön hämärtyminen tai menetys, jotka kestävät tavallisesti muutamasta päivästä viikkoon. Näkö korjaantuu yleensä hyvin, mutta värinäkö saattaa jäädä puutteelliseksi. Myös muita silmäoireita saattaa esiintyä hetkellisesti esimerkiksi saunan tai fyysisen rasituksen jälkeen. Silmien takana saattaa esiintyä särkyä ja liikearkuutta, lähelle katsominen tai katseen kohdentaminen vaikeutuu. Kaksoiskuvia saattaa myös esiintyä. (Ruutiainen & Tienari 2001, 352.)

MS-taudin oireisiin kuuluu myös lihasheikkous, joka on tavallisempaa jaloissa kuin käsissä. Lihasten heiketessä raajoihin ilmaantuu monesti jäykkyyttä eli spastisuutta ja klonusta. Erilaiset koordinaatiovaikeudet näkyvät liikerytmin ja lihasten yhteistoiminnan vaikeutena, vaikka lihasvoima olisikin hyvä. Koordinaatiovaikeuksista ja tuntohäiriöistä seuraa tasapainohäiriöitä. (Ruutiainen 2001, 16.) Paresiat eli tuntoelämykset ovat myös ns. ensioireita. Niitä ovat tuntoaistin herkistymisestä ja heikentymisestä johtuvat oireet kuten nipistely, puutuminen ja kivut. (Ruutiainen & Tienari 2001, 351.)

Virtsarakon ja suolen toimintahäiriöt ovat yleisiä MS-tautia sairastavalla. Virtsarakon häiriöitä ovat virtsan karkaaminen ja virtsan varastoimisen ja tyhjentämisen ongelmat. Suolen toimintahäiriöihin liittyvät ummetus ja ulosteen karkaamisongelmat. Seksuaalielämää häiritseviä oireita miehillä ovat erektiohäiriöt ja naisilla orgasmivaikeudet ja emättimen kuivuus. Siihen vaikuttavat myös muut neurologiset oireet kuten tuntopuutokset, kivuliaat parestesiat, uupumus, karkaamisoireet, lihasheikkous, spastisuus ja kognitiivisen tason lasku. (Ruutiainen & Tienari 2001, 352–353.)

MS-tauti saattaa vaikuttaa myös kognitiivisiin toimintoihin. Noin 40 %:lla on lieviä tai kohtalaisia ja 10 %:lla vaikea-asteisia muutoksia kognitiivisissa toiminnoissa. Näitä muutoksia ovat heikentynyt muisti, nopea tiedonkäsittely, abstraktia päättely ja tarkkaavaisuutta vaativat suoritukset. (Ruutiainen & Tienari 2001, 353.)

MS-tautia sairastavalla on 50 %:n riski sairastua masennusoireisiin muuhun väestöön verrattuna (Ruutiainen & Tienari 2001, 353). MS-tautiin liittyvää masennusta Ruutiainen selittää (2001) kroonisen sairauden raskaudella; hidas eteneminen tai jaksoittainen

oireilu muuttavat elämäntilanteita ja monesti kuntoutujat joutuvat tinkimään itselle tärkeistä asioista. (Ruutiainen 2001, 19.)

3.3 Harvinaiset neurologiset sairaudet

Helsingin MS-neurolassa MS-taudin lisäksi toiseksi suurin asiakasryhmä koostuu harvinaisia neurologisia sairauksia (HARNES) sairastavista. Neurologinen sairaus on harvinainen, kun sitä sairastaa alle 2500 henkilöä. MS-liitos edustamat sairaudet ovat tätäkin harvinaisempia. Näitä sairauksia ovat esimerkiksi perinnölliset spastiset parapareesit, pikkuaivojen ja selkäytimen etenevät sairaudet, myokloninen epilepsia ja syringomyelia. (Suomen MS-liitto 2011.)

Tässä kehittämistehtävässä en lähde tarkemmin kertomaan näistä kyseisistä sairauksista, mutta niiden esille tuominen on tärkeää merkittävänä asiakasryhmänä Helsingin MS-neurolassa ja Suomen MS-liitto ry:ssä. Helsingin MS-neurolassa tullaan käyttämään samaa toimintakyvyn arviointilomaketta kaikkien fysioterapia-asiakkaiden kanssa diagnoosista riippumatta. Kokonaisvaltaisella fysioterapia-asiakkaan toimintakyvyn arvioinnilla huomioidaan eri sairausryhmien ja asiakkaiden yksilölliset tarpeet.

4 KUNTOUTUS

Kuntoutus määritellään eri asiantuntijoiden toimenpiteiden muodostamaksi kokonaisuudeksi. Näistä toimenpiteistä tulisi muodostua katkeamaton ja loogisesti etenevä ketjumainen prosessi, jonka tavoitteet lähtevät kuntoutujan toimintakyvyn yksilöllisistä tarpeista sekä elämäntilanteista. Tavoitteena on tukea kuntoutujaa saavuttamaan mahdollisimman itsenäinen toimintakyky ja hyvinvointi. Fysioterapia on yksi osa tässä kuntoutusketjussa ja moniammatillisessa kokonaisuudessa. (Talvitie, Karppi & Mansikkamäki 2006, 45.)

4.1 Kuntoutusprosessi

Kuntoutus perustuu lääketieteelliseen arvioon asiakaan kuntoutustarpeesta ja mahdollisuuksista. Kuntoutuksen tavoitteena on vähentää sairauden tai vamman haitallisia vaikutuksia toiminta- ja työkykyyn vahvistaen asiakkaan omia voimavaroja. Kuntoutusprosessi etenee eri vaiheiden, toimenpiteiden ja palvelujen kautta kohti tavoiteltua muutosta. (Paatero ym. (2008, 32.) Vilkkumaa (2003, 73) kuvailee kuntoutusta kommunikaatioksi, tiedon, tunteiden, arvojen ja toimintamallien välittämiseksi.

Hyvän kuntoutuskäytännön perustassa (2011, 107) esitetään kuntoutusprosessin vaiheet kuntoutustarpeen havaitsemisen jälkeen. Prosessi alkaa nykytilanteen arvioinnilla, jossa kuvataan sen hetkinen toimintakyky. Toimintakyvyn kartoittamisen jälkeen kuntoutukselle asetetaan yksilölliset tavoitteet sekä tehdään suunnitelma niiden toteuttamiseksi. Seuraava vaihe on kuntoutustoiminnan käynnistäminen suunnitelman mukaisesti kuten esimerkiksi kuntoutusjaksolla, jossa arviointia jatketaan systemaattisesti. Kuntoutusjakson jälkeen arvioidaan, saavutettiinkö laaditut tavoitteet sekä onko kuntoutujalla edelleen kuntoutustarve.

Kuntoutusprosessin aikana kuntoutujan löytää itsestä uusia voimavaroja kompensoimaan muuttunutta elämäntilannetta. Kuntoutujalle muutoksen tulee olla positiivinen ja aktiivinen, jolloin hän käyttää saatavilla olevia palveluja pyrkiessään kohti asetettuja tavoitteita. (Järvikoski & Härkäpää 2008, 19–20.) Järvikoski ja Härkäpää (2008, 35)

korostavat yksilöllisesti ja tavoitteellisesti laaditun suunnitelmaan merkitystä, jolloin asiakas pystyy sitoutumaan kuntoutukselle laadittuihin tavoitteisiin.

4.2 Asiakaslähtöisyys

Ihminen haluaa hallita ja ohjata omaa elämäänsä, joten myös kuntoutuksella tuetaan ja kunnioitetaan jokaisen itsenäisyyttä (Kettunen ym. 2009, 30). Asiakaslähtöisyydellä ja kuntoutujakeskeisellä toimintamallilla tarkoitetaan kuntoutujan vaikutusmahdollisuuksia kuntoutuksen kaikissa vaiheissa sekä tavoitteiden sopimista yhdessä hänen tarpeistaan ja merkityksestään käsin. Kuntoutuja on aktiivinen toimija, osallistuja sekä itseään koskevien päätösten tekijä. (Kettunen ym. 2009, 27–29.) Kuntoutujakeskeisessä toimintamallissa pyritään hyödyntämään kuntoutujan voimavaroja, jolloin kuntoutumisen tukeminen suunnataan voimakkaasti jäljellä olevaan toimintakykyyn (Kettunen ym. 2009, 30).

Järvikoski ja Härkäpää (2008) tuovat esille kuntoutuksessa tapahtuneen toimintamallien ja vallitsevien roolien muuttumisen. Kuntoutuksessa on pitkään vallinnut niin sanottu asiantuntijalähtöinen toimintamalli. Tässä toimintamallissa asiakas on passiivinen toiminnan kohde, jolla on ohjeita noudattava rooli. Tämä malli vahvistaa kuntoutujan riippuvuutta, vajaavuutta ja osaamattomuutta. Asiantuntija määrittelee tässä mallissa tutkimuksen piiriin otettavat asiat ja tekee johtopäätökset saamistaan tuloksista, määrittää asiakkaan tavoitteet ja motivaation. Viime vuosina kuntoutuksen toimintamalli on muuttunut kuntoutujakeskeisemmäksi, jossa asiantuntija on yhteistyökumppani, tukihenkilö ja mahdollisuuksien avaaja. Vuorovaikutussuhde on tasa-arvoinen ja kuntoutujan voimavaroja tukeva. Asiantuntija auttaa asiakasta hahmottamaan itsensä suhteessa ympäristöön. (Järvikoski & Härkäpää 2008, 159.)

Kuntoutuksen saralla paljon puhutaan myös kuntoutujan valtaistumisesta (empowerment). Tämä tarkoittaa kuntoutujan oikeutta tuoda keskusteluun omat näkemyksensä, toiveensa ja odotuksensa kuntoutuksen suhteen. (Talvitie, Karppi & Mansikkamäki 2006, 56.) Kettunen ym. (2009) määrittävät samaa käsitettä voimaantumisen terminä, jossa tärkeää on kuntoutujan kokemuksen huomioiminen, voimavarojen ja mahdollisuuksien löytäminen sekä itsensä arvostaminen. Näin kuntoutuja ”alkaa tunnistaa vaih-

toehtoja ja valintoja, rohkaistuu tekemään päätöksiä ja alkaa aktiivisesti vaikuttaa omaan elämäänsä”. (Kettunen 2009, 23.)

Asiakaslähtöisyyden yhteydessä puhutaan monesti elämänhallinnasta etenkin länsimaissa. Tämä asettaa ihmisille kovat vaatimukset ja tavoitteet. Annukka Häkämies (2011) esitteli sairauden kriisin vaiheiden yhteydessä sen yksilöllisen merkityksen. Jokaiselle ihmiselle sairaus ja sairastuminen merkitsevät eri asioita ja nämä eroavaisuudet vaikuttavat myös kuntoutukseen. Elämänhallinta romuttuu sairastumisen yhteydessä, koska siihen liittyviin asioihin emme voi vaikuttaa. Olisikin ehkä syytä puhua ennemmin elämäntilanteiden hallinnasta kuin elämänhallinnasta. Silloin voimme paremmin hyväksyä meistä riippumattomat asiat ja säilyttää kuitenkin hallinnan tunteen muuttuvissa elämäntilanteissa.

Kuntoutumisen ehdoton edellytys on asiakkaan motivaatio. Kuntoutuksen tavoitteiden tulee olla kuntoutujalle merkityksellisiä, jotta hän on valmis ponnistelemaan niiden saavuttamiseksi. Tavoitteiden tulee olla ymmärrettäviä ja saavutettavissa sekä asiakkaan määrittelemiä. Tärkeää on, että kuntoutuja pystyy hyödyntämään voimavarojaan mahdollisimman aktiivisesti, jolloin usko omiin mahdollisuuksiin kasvaa. (Kettunen ym. 2009, 32–33.)

4.3 Moniammatillisuus

Kehittämistehtäväni käsittelee fysioterapiassa toteutuvaa toimintakyvyn arviointia, mutta haluan tuoda esille myös moniammatillisen yhteistyön osana kokonaisvaltaista kuntoutusta. Fysioterapeutin kartoittaessa asiakkaan toimintakykyä, saattaa esille tulla sellaisia toimintakyvyn aihealueita, jotka ovat muiden asiantuntijoiden ominta osaamista. Näissä tapauksissa fysioterapeutti ohjaa asiakasta toisen asiantuntijan luokse. Helsingin Ms-neuvolassa työskentelee eri alojen asiantuntijoita, joten moniammatillinen yhteistyö on jossakin määrin arkipäivää.

Myös tutkimukset ovat osoittaneet, että kuntoutuksen vaikuttavuuden kannalta parhaat tulokset saadaan sen ollessa monialaista ja moniammatillista. Moniammatillisuutta ja

yhteistyötä tarvitaan kuntoutuksen ollessa kokonaisvaltaista. Kokonaisvaltainen kuntoutus koostuu fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn tukemisesta, joten eri alojen asiantuntijuutta tarvitaan kattamaan nämä osa-alueet. (Järvikosken ja Härkäpään 2008, 12–19.) Järvikoski & Karjalainen (2008) painottavat moniammatillisen yhteistyön olevan avain hyviin kuntoutustuloksiin. Moniammatillinen kuntoutus vaatii toimivaa ja hyvää yhteistyötä, jossa arvostetaan muiden asiantuntijoiden näkemyksiä. Yhteistyön tarkoitus on erilasten asiantuntijuuden, näkökulmien ja voimavarojen luova yhdistäminen. (Järvikoski & Karjalainen 2008, 88.)

Talvitie, Karppi ja Mansikkamäki (2006, 95) kuvailevat moniammatillisen yhteistyön itseohjautuvaksi, kehityssuuntautuneeksi ja jäsenten optimaalisesti hyödyntäväksi toiminnaksi. Tiimityö on vuorovaikutusta, jossa asennoidutaan yhteistyöhön ja toisen erityisosaamisen tuntemukseen ja kunnioittamiseen.

5 FYSIOTERAPIA

Fysioterapia on usein keskeinen osa kuntoutusta. Fysioterapian tavoitteena on vaikuttaa kuntoutujan toimintakykyyn joko ehkäisevästi, parantavasti tai ylläpitävästi. Fysioterapia rakentuu yksilöllisten tavoitteiden pohjalta tukien kuntoutujan jäljellä olevia voimavaroista toimintakyvyssä. Fysioterapeutin tehtäviin kuuluu terapian järjestäminen, harjoittelun käynnistäminen ja toteuttaminen sekä mahdollisesti myös neuvonta ja ohjaus. (Talvitie, Karppi & Mansikkamäki 2006, 51–52.)

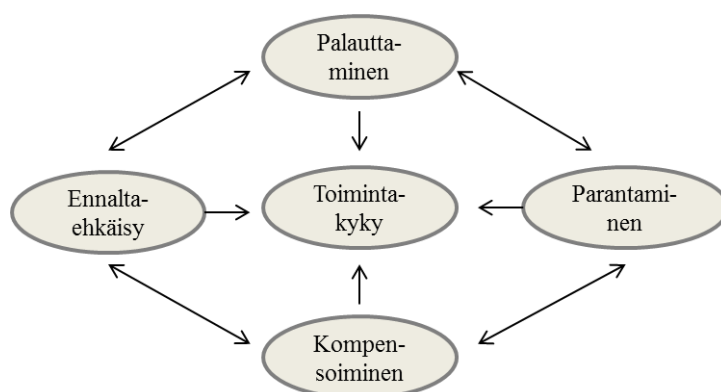
5.1 Neurologinen fysioterapia

Neurologisella fysioterapialla tarkoitetaan työskentelyä neurologia sairauksia sairastavien parissa. Neurologisen fysioterapian päämääränä on auttaa asiakasta saavuttamaan parhaat mahdolliset toimintamallit ja liikkeet toimintakyvyn sallimissa rajoissa saavuttaen hyvän elämänlaadun. Fysioterapian ei pitäisi olla pelkästään asiakkaan toiminnan vaikeuksien huomioimista vaan voimavarojen löytämistä asiakkaalle merkityksellisissä päivittäisissä toiminnoissa. Liikkeiden ja toiminnan uudelleen oppiminen sekä harjoittelu ovat keskeinen osa neurologista kuntoutusta. (Lennon & Bassile 2009, 97.)

Neurologisen fysioterapia pääperiaatteet rakentuvat osaksi yleisistä kuntoutuksen periaatteista, kuten ICF-luokituksen käyttämisestä terapian suunnittelussa ja arvioimisessa sekä asiakkaan aktiivisen osallistumisen terapiaan toteutumiseen ja rakentamiseen. Muita ominaisia osa-alueita neurologisessa fysioterapiassa ovat motorinen oppiminen ja neuraalinen plastisuus. (Lennon & Bassile 2009, 103.) Motorinen oppiminen tarkoittaa tehtävän uudelleen oppimista sisältäen fyysisen suoriutumisen lisäksi tehtävän hallitsemisen, ympäristön huomioimisen sekä uudenlaisen tavan toimia ja tehdä havaintoja. Motorinen säätely eli kontrolli on kykyä hallita asentoa ja liikettä. (Talvitie, Karppi & Mansikkamäki 2006, 68–69.) Neuraalinen plastisuus tarkoittaa harjoittelun ja kokemuksen vaikutuksia hermokudokseen. Harjoittelulla voidaan vaikuttaa jossakin määrin sen toiminnan palauttamiseen, aktivoimiseen ja muovaantumiseen. Siinä hermoradat muodostavat uusia korvaavia ratoja vaurioituneiden tilalle. (Lennon & Bassile 2009, 103.)

Neurologinen fysioterapia koostuu neljästä toimintakykyyn vaikuttavasta osa-alueesta. Kuviossa 1 on esitetty ne päämäärät, jotka ohjaavat fysioterapiaa asiakkaan toimintakyvystä riippuen. Nämä toimintakykyyn vaikuttavat osa-alueet ovat palauttaminen, mukauttaminen, parantaminen ja/tai ennaltaehkäisy (Restore, Adapt, Maintain, Prevent = RAMS). Optimaalisinta terapian vaikuttavuudessa olisi asiakkaan toimintakyvyn palauttaminen tai parantaminen, mutta se ei aina ole mahdollista esimerkiksi etenevän neurologisen sairauden kohdalla. Silloin tärkeäksi terapian tavoitteeksi nousee uusien kompensatiokeinojen ja toimintatapojen löytäminen sekä oppiminen. (Lennon & Basile 2009, 97–99, Lennon 2004, 376.)

KUVIO 1. Neurologisen fysioterapian päämäärät Lennonin (2004, 376) mukaan



5.2 Kliininen päättely

Fysioterapia rakentuu fysioterapeutin johdonmukaisen päättelyn perusteella. Fysioterapiassa käytetään erilaisia tiedonkeruumenetelmiä, joiden perusteella pyritään tuottamaan kuntoutujan tilanteesta mahdollisimman luotettavaa tietoa. Näitä menetelmiä ovat havainnoiminen, haastattelu, kysely, arviointi ja mittaukset. (Talvitie, Karppi & Mansikkamäki 2006, 117, 119.) Havainnoimista terapeutti käyttää jatkuvasti seuraamalla kuntoutujan toimintaa, jotka puolestaan ohjaavat terapian rakentamista (Talvitie, Karppi & Mansikkamäki 2006, 110). Fysioterapeuttisella arvioinnilla on tarkoitus todeta asiakkaan toimintakyvyssä olevat hankaluudet ja merkitykselliset ongelmat. Arvioinnin

tulee keskittyä asiakkaan toimintakyvyn voimavaroihin ja mahdollisuuksiin. Keskittymällä yhtäläillä mahdollisuuksiin ja hankaluuksiin, pystytään suunnittelemaan terapia sekä asettamaan tavoitteet ja tarkoituksenmukainen toteutus. Kerstenin (2004) tuo esille mielenkiintoisen näkökulman, jossa fysioterapian vaikuttavuus on sidoksissa fysioterapeutin kyvystä arvioida ja analysoida asiakkaan toimintakykyä löytäen hänelle merkittävät ongelmat. (Kersten 2004, 30.)

Nämä havainnot eivät pelkästään riitä fysioterapian pohjaksi, jotta kuntoutuja ei jää passiiviseksi osapuoleksi. Ihanteellisinta olisi, että kuntoutujan kokemuksellista tietoa käytetään mahdollisimman paljon hyväksi terapian toteutumisessa ja suunnittelussa. Näin kuntoutujan toimintaa tai toimintakykyä käsittelevä tieto perustuu kuntoutujan henkilökohtaisiin havaintoihin ja kokemuksiin toimiessa omassa elinympäristössä. (Talvitie, Karppi & Mansikkamäki 2006, 115.) Dialoginen terapiasuhte muodostuu kun terapeutti ja kuntoutuja ottavat molemmat vastuuta kuntoutumisen onnistumisesta sekä toimivat keskenään tasavertaisina. Tavoitteet asetetaan ja hyväksytään yhdessä. Terapian edetessä vastuu siirtyy kuntoutujalle ja terapeutin rooli vähenee. Fysioterapeutti siirtyy avustavasta roolista kuntoutujaa tukevaksi. Mitä pidempi terapiasuhte on, sen tärkeämpi on ymmärtää terapiaprosessin dynaaminen luonne. Terapian lähtökohdat ovat aina yksilöllisiä ja kuntoutujakohtaisia. Fysioterapeutti on fysioterapian ja lääketieteen asiantuntija, mutta kuntoutuja oman elämänsä. Tästä syystä onnistuneeseen fysioterapiaan tarvitaan molempien tietämystä ja kokemuksia. (Talvitie, Karppi & Mansikkamäki 2006, 52.)

Suomen Kuntaliitto, Suomen Fysioterapeutit ry ja FYSI ry ovat laatineet vuonna 2007 fysioterapianimikkeistön, jossa on määritelty fysioterapeuttinen tutkiminen. Tutkimisen perusteella arvioidaan fysioterapian tarve ja mahdollisuudet huomioiden asiakkaan omat näkemykset ja odotukset kuntoutumisen suhteen. Saatua tietoa hyödynnetään kliinisessä päätelyssä, fysioterapian suunnittelussa, terapian vaikutusten arvioinnissa, muutosten seuraamisessa ja tietojen välittämisessä. Fysioterapeuttisessa tutkimisessa edetään ICF:n mukaisesti selvittäen asiakkaan toimintakyvyn ja toimintarajoitteet, joihin kuuluvat ruumiin/kehon toiminnot ja rakenne sekä suoritukset ja osallistuminen. Lisäksi arvioidaan ympäristötekijöiden vaikutukset toimintakykyyn ja toimintarajoituksiin. (Fysioterapianimikkeistö 2007, 1-2.)

5.3 Fysioterapiasuunnitelma

Helsingin MS-neuvolassa fysioterapiasuunnitelma tehdään uuden asiakkaan kanssa 3-5 tapaamiskerran jälkeen. Kuten mm. Ryerson (2009, 114) tuo esille, että neurologisen kuntoutujan kanssa tarvitaan muutamia tapaamiskertoja ennen kattavan kokonaiskuvan saamista asiakkaasta mm. päivittäisten vaihteluiden vuoksi.

Fysioterapiasuunnitelma sisältää tavoitteiden lisäksi keinot terapian toteuttamiseksi sekä arviointi- ja seurantamenetelmät. (Fysioterapian rakenteinen kirjaaminen terveydenhuollossa 2011, 12.) Suunnitelmassa tulee olla selkeästä lyhyen ja pitkän aikavälin tavoitteet. Pitkän aikavälin tavoite tai tavoitteet ovat fysioterapian ja kuntoutuksen kokonaistavoitteita. Lyhyen aikavälin tavoitteet suuntaavat kohti sovittua päämäärää antaen asiakkaalle informaatiota kuntoutuksen kulusta. Tavoitteiden tulee olla toiminnallisia ja asiakkaalle merkityksellisiä. (Kersten 2004, 38–40.) Tavoitteiden määrittämisessä käytämme Kelan vaikeavammaisten standardissa 2011 määriteltyä GAS-menetelmää (Goal Attainment Scaling). GAS-menetelmän avulla laaditaan kuntoutuksen tavoitteet ja arvioinnin apuväline (Kela Gas-menetelmä 2011).

6 TOIMINTAKYKY

6.1 Toimintakyvyn käsite

Järvikoski ja Härkäpää (2008, 94) määrittelevät toimintakyvyn ihmisen valmiuksiksi selviytyä jokapäiväiseen elämän tehtävistä kotona, työssä ja vapaa-aikana. Lehto (2004, 18) puolestaan kuvaa toimintakykyä fyysisten, psyykkisten ja sosiaalisten ominaisuuksien suhdetta häneen kohdistuviin odotuksiin. Päivi Sainio (2011) määritteli TOIMIA-tietokannan julkaisuseminaarissa toimintakyvyn kyvyksi toimia itseään tyydyttävällä tavalla itselleen merkityksellisissä jokapäiväisen elämänsä toiminnoissa omassa elinympäristössään. Toimintakyky on myös tasapainotila omien tavoitteiden ja kykyjen sekä elin- ja toimintaympäristön välillä. TOIMIA on toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallinen asiantuntijaverkosto, jonka tarkoituksena on yhdenmukaistaa mittaamisen ja arvioinnin menetelmiä sekä kuvaamiseen käytettävää terminologiaa. TOIMIA-tietokanta on ammattilaisten työväline kliinisessä työssä. (TOIMIA 2011.)

Yhteistä näille käsitteille on tarkastella toimintakykyä biopsykososiaalisesta lähtökohdasta, joka koostuu fyysisistä, psyykkisistä ja sosiaalisista ominaisuuksista. Tämän lähtökohdan mukaan toimintakyvyn muutokset eivät johdu pelkästään yhdestä syytekijästä, vaan useimmiten useiden tekijöiden yhteisvaikutuksen tuloksena. Sairauden tai vamman aiheuttama haitta ei ole suorassa yhteydessä sen vaikeusasteeseen vaan siihen vaikuttavat psykososiaaliset, erilaiset elämäntilaisiin liittyvät ja yhteiskunnalliset tekijät. (Järvikoski & Härkäpää 2008, 81–82.) ICF-luokitus (International Classification of Functioning, Disability and Health) perustuu myös tähän toimintakyvyn tarkastelumalliin, jolla pyritään saamaan tasapainoinen kuva terveyden eri puolista (ICF 2004, 20).

6.2 Toimintakyvyn arvioiminen

Suomalaisella arvioinnin käsitteellä on monta merkitystä ja se vastaa montaa englanninkielistä erillistä käsitettä. Arviointi voi tarkoittaa toimintakyvyn kartoittamista (as-

sessment), mittaamista (measurement) tai tulosten arvioimista (evaluation). (Hyvän kuntoutuskäytännön perusta 2011, 3, 107–108).

6.2.1 Toimintakyvyn kartoittaminen

Toimintakyvyn arvioinnilla (assessment) tarkoitetaan toimintakyvyn ja siihen vaikuttavien tekijöiden selvittämistä. Tavoitteena on saada tietoa toimintakyvyn voimavaroista ja ongelmista tavoitteiden asettamisen ja toimenpiteiden määrittämisen vuoksi. (Hyvän kuntoutuskäytännön perusta 2011, 3, 107–108.)

Tämän kehittämistehtävän tarkoituksena on fysioterapia-asiakkaan toimintakyvyn kartoittamisen kehittäminen ja siihen liittyvän merkityksellisen tiedon kerääminen. Tämän tiedon saaminen on tärkeää fysioterapiassa tavoitteiden asettamisen ja tavoitteiden perusteella tehtävän suunnitelman kannalta. Toimintakyvyn kartoittamisella halutaan tietoa sen hetkisestä toimintakyvystä ja siihen vaikuttavista tekijöistä (Hyvän kuntoutuskäytännön perusta 2011, 3, 107).

Helsingin MS-neuvolassa on otettu Kelan vaikeavammaisten kuntoutuksen kehittämishankkeen kautta käyttöön RPS-lomake (Rehabilitation Problem-Solving), jota käytetään juuri asiakkaan toimintakyvyn kartoittamiseen ja arvioimiseen. RPS-lomake on ICF-luokitukseen pohjautuvat työväline, joka auttaa moniammatillista työryhmää hahmottamaan ja löytämään kuntoutustarpeen yksilöllisesti (Steiner ym. 2002). Helsingin MS-neuvolan fysioterapeutit kuitenkin toivovat tarkempaa lomaketta muistuttamaan toimintakyvyn eri osa-alueista, jotka täytyy huomioida laajassa kokonaisuudessa.

6.2.2 Toimintakyvyn mittaaminen

Mittaamisella (measurement), jota myös kutsutaan arvioinniksi, halutaan puolestaan tarkempaa tietoa toimintakyvyn aihealueista arvon tai suuruuden muodossa (Hyvän kuntoutuskäytännön perusta 2011, 107–108). Toimintakykyä kuvaavia mittareita käytetään kuvaamaan kuntoutujan sen hetkistä tilannetta; voimavaroja ja rajoituksia sekä mahdollista avun tarvetta. Mittareiden käyttö ja valinta tukee fysioterapian suunnitel-

maa ja tavoitteita. Mittareiden avulla saadaan tietoa kuntoutujan toimintakyvystä fyysioterapian eri vaiheissa. (Talvitie, Karppi & Mansikkamäki 2006, 119.) Mittareiden ja mittausten tulee saavuttaa niille määritetyt laatuvaatimukset. Niiden tulosten tulee olla toistettavia eri kertoina ja eri henkilöinen tekeminä. Mittarin tulee mitata juuri haluttua toimintakyvyn osa-aluetta. (Talvitie, Karppi & Mansikkamäki 2006, 120.) Arvioinnin olisi hyvä perustua selkeisiin kriteereihin, indeksiin tai mittareihin, jotta toimintakyvystä saadaan mahdollisimman realistinen kuva (Lehto 2004, 19–20). On muistettava, että parhaimmatkaan mittarit eivät yksin riitä antamaan kuvaa kuntoutujan kokonaisvaltaisesta toimintakyvystä, johon vaikuttavat kuntoutujan persoona, yksilöllinen elämäntilanne ja oma kokemus omasta toimintakyvystä (Kettunen ym. 2009, 18–20). Myös Raija Leinonen (2011) tuo esille TOIMIA-tietokannan julkaisuseminaarissa, että mittarit ovat apuvälineitä toimintakyvyn arvioinnille, arviointi on aina vuorovaikutuksellinen tilanne jonka lopputulos on yksilöllinen. Toistaiseksi mittarit ja arviointimenetelmät selvittävät toimintakyvyn heikentymistä ja vajeita tai niiden aiheuttamaa haittaa. Tarvetta olisi mittarille, joka arvioisi asiakkaan toimintakykyä voimavaralähtöisesti sekä kaikkia toimintakyvyn osa-alueita. (Talvitie, Karppi & Mansikkamäki 2006, 121–123.)

Helsingin MS-neuvolassa käytetään aiemmin hyviksi todettuja ja sovittuja mittareita sekä menetelmiä asiakkaan toimintakyvyn arvioimisessa. Vuoden alusta olemme myös käyttäneet TOIMIA-tietokantaa apuna mittareiden valinnassa.

6.2.3 Vaikuttavuuden arvioiminen

Kuntoutuksessa arvioidaan (evaluation) myös sen vaikuttavuutta suhteessa asetettuihin tavoitteisiin (Hyvän kuntoutuskäytännön perusta 2011, 3, 107–108). Vaikuttavuuden arvioimisella tarkoitetaan kuntoutuksen vaikutusten eli toimenpiteiden onnistumisen arviointia. Vaikuttavuuden arvioimisessa terapeutti arvioi yhdessä asiakkaan kanssa tavoitteisiin pääsemisen ja niiden merkityksen asiakkaan toimintakyvyssä. Tässä arvioinnin muodossa käytetään myös objektiivisia ja subjektiivisia menetelmiä, joiden perusteella johtopäätökset tehdään. Tuloksia tulee pohtia asiakkaan toiminnan kautta, jotta niillä olisi merkitystä myös asiakkaalle. (Hammel 2004, 387.) Arvioinnin tulee huomioida kaikkien kuntoutusjaksoon osallistuvien asiantuntijoiden mielipide. Arvi-

oinnin tulee perustua niihin tavoitteisiin ja aihealueisiin, joita kuntoutuksella pyritään muuttamaan tai tukemaan. Tavoitteiden ja terapian arvioinnin lisäksi arvioidaan myös kuntoutustarve toimenpiteiden jälkeen. Arvioinnin perusteella voidaan todeta kuntoutustarve, jolloin kuntoutusprosessi käynnistyy. Jos varsinaista kuntoutustarvetta ei enää ole, täytyy tarvittaessa järjestää seuranta ja ohjaus. (Hyvän kuntoutuskäytännön perusta 2011, 107–108.)

Vaikuttavuudella kuntoutuksessa tarkoitetaan myös tutkimuksissa vaikuttaviksi todettujen kuntoutusmuotojen ja – menetelmien käyttämistä. Näiden tulee perustua vaikuttaviksi todettuihin, mutta myös teorialähtöinen lähestymistapa ja kokemusperäinen tieto kuuluvat tähän kokonaisuuteen. (Hyvän kuntoutuskäytännön perusta 2011, 235.)

7 ICF-LUOKITUS

Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus eli ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) mahdollistaa yhteisen kansainvälisen kielen kuvaamaan, ymmärtää ja tutkimaan toiminnallista terveydentilaa sekä terveyteen liittyvää toiminnallista tilaa. Maailman terveysjärjestö (WHO) hyväksyi yleiskokouksessaan vuonna 2001 ICF:n, joka korvaa vuonna 1980 julkaisun kokeiluversion Vaurioiden, toiminnan vajaavuuksien ja haittojen kansainvälisen luokituksen (ICIDH, International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps). (ICF 2004, 5.) ICIDH-luokituksessa korostettiin sairauksien ja lääketieteellisen terveydentilan vaikutuksia. ICIDH-luokitusta käytettiin mm. tilastointivälineenä, tutkimusvälineenä, kliinisenä työvälineenä ja koulutusvälineenä. Vuonna 1993 aloitettiin ICIDH-luokituksen uudistaminen, jolla haluttiin mm. yksinkertaistaa luokitusta mielekkäämmäksi käyttää, huomioida kulttuurierot sekä palvella ennaltaehkäisyä ja kuntoutusta. ICF-luokitus kehiteltiin kuvaamaan terveyden osatekijöitä. (ICF 2004, 241–242.)

ICF laajentaa luokituksen käsitealaa ja mahdollistaa käsitteet positiivina termeinä sekä korostaa niin sanottua toiminnallista terveydentilaa. Ajatuksena oli että vaurioiden, sairauksien ja toimintakyvyn puutteiden sijaan tuotaisiin enemmän esille asiakkaan säilyneitä taitoja, vahvuuksia, mahdollisuuksia, toimintaa ja osallistumista. (Kettunen ym. 2009, 9.) ICF ei ole toimintakyvyn arvioinnin väline, mutta antaa pohjan toimintakyvyn yksityiskohtaiselle ja laajalle tarkastelulle. Asiakkaan toimintakykyä tulisikin tarkastella ja arvioida toiminnallisista menetelmin, jolloin huomioidaan myös ympäristö ja yksilötekijät. (Kettunen ym. 2009, 10.) ICF parantaa eri käyttäjäryhmien välistä viestintää sekä mahdollistaa tietojen vertailemisen. ICF käsittää kaikki näkökohdat ihmisen terveydestä sekä joitakin hyvinvoinnin osatekijöitä (ICF 2007, 5, 7.)

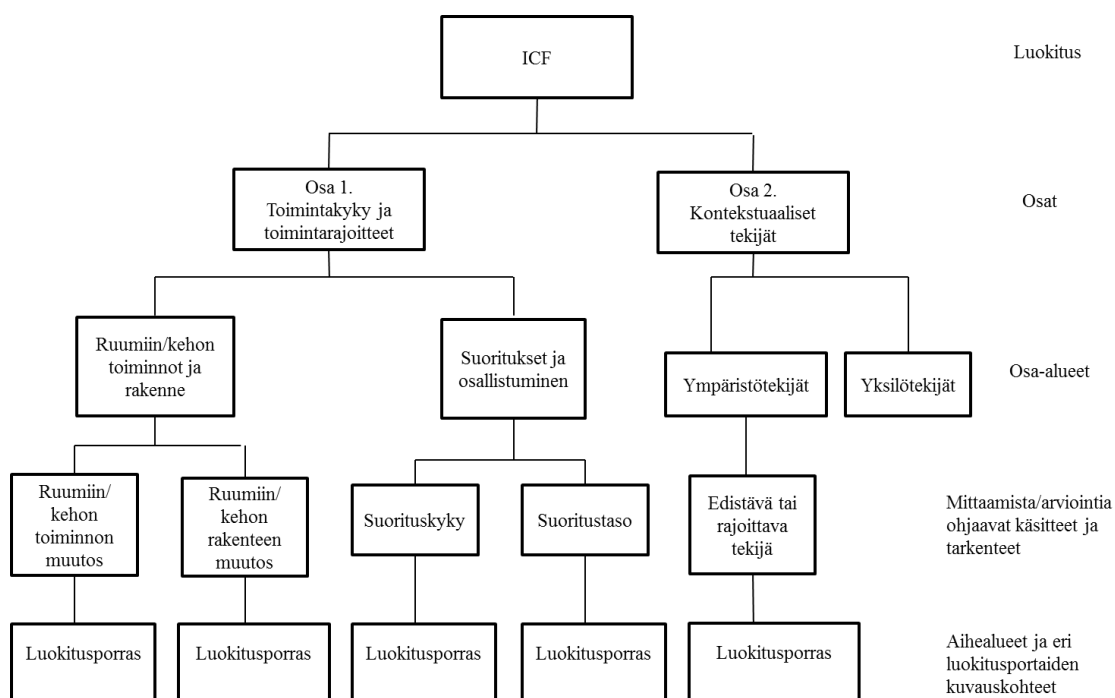
Täytyy muistaa, että toimintakyky on subjektiivinen käsite, johon vaikuttavat vahvasti ympäristötekijät. Toimintakyvyn arvioinnin tulee perustua useampiin ulottuvuuksiin, koska ihminen voi kompensoida puutteitaan kehittämällä korvaavia toimintatapoja pärjäten itsenäisesti arkipäivän askareistaan. (Lehto 2004, 19–20.) Kettunen ym. (2009) esittävätkin tärkeäksi asiaksi keskittymisen ihmisen voimavaroihin ja mahdollisuuksiin, jolloin asiakkaalle muotoutuisi positiivisempi kuva omasta toimintakyvystään. Voima-

varalähtöinen toimintakyvyn arviointi motivoi myös asiakasta ottamaan vastuuta omasta kuntoutumisesta. (Kettunen ym. 2009, 18.)

7.1 ICF-luokituksen rakentuminen

ICF-luokitus koostuu kahdesta osasta, Osa 1 käsittelee toimintakykyä ja toimintarajoitteita ja Osa 2 kontekstuaalisia tekijöitä. Toimintakyky ja toimintarajoitteet jaetaan kahteen osa-alueeseen, ruumiin/keho toiminnot ja rakenteet sekä suoritukset ja osallistuminen. Ruumiin/kehon toiminnot ja ruumiin rakenteet on ryhmitelty elinjärjestelmittäin. Suoritukset ja osallistuminen kattaa aihe-alueittain toimintakyvyn kuvaamisen sekä yksilön että yhteiskunnan näkökulmasta. Kontekstuaaliset tekijät jaetaan ympäristö ja yksilötekijöihin. Ympäristötekijät vaikuttavat toimintakyvyn ja toimintarajoitteiden kaikkiin aihealueisiin ja luokitus etenee yksilön välittömän ympäristön tekijöistä yleisiin ympäristötekijöihin. Yksilötekijöitä ei luokitella ICF:n luokituksessa niiden laajan sosiaalisen ja kulttuurisen vaihtelun vuoksi. (ICF 2007, 7, 8.)

KUVIO 2. ICF-luokituksen rakenne (ICF 2004, 211)



Toimintakykyä arvioidessa on tärkeää muistaa että yksilön lääketieteellisen terveydentilan sekä ympäristö- ja yksilötekijöiden välillä on jatkuva dynaaminen vuorovaikutus. Vuorovaikutus on kaksisuuntainen tarkoittaen, että toimintarajoitteet voivat vaikuttaa myös lääketieteelliseen terveyden tilaa. ICF:n kaikki osa-alueet tulee huomioida kuvaessa terveyttä kokonaisuutena. (ICF 2007, 18–19.)

7.2 ICF-luokituksen keskeisiä käsitteitä

ICF-luokituksen tarkoitus on yhtenäistää käsitteistöä ja niiden merkitystä. Käsitteitä ilmaiseva terminologia on tarkasti määritelty, jotta niiden merkitys on samankaltainen kaikilla kielillä ja eri asiantuntijoiden käytössä. Käsitteet ohjaavat myös mittaamisen ja arvioinnin menetelmiä. (ICF 2004, 207–211.)

Toiminnallinen terveydentila kuvaa toimintakyvyn tasoa tietyllä terveyden aihealueella, jotka tulkitaan sisältyvän terveyteen ja kuuluvan terveystalvurjärejstelmän vastuualueeseen. Terveyteen liittyvä toiminnallinen tila kuvaa toimintakyvyn tasoa lähialueella ja joilla on yhteys lääketieteelliseen terveydentilaan. Lääketieteellinen terveydentila tarkoittaa lääketieteelliseen terveydentilaan vaikuttavia seikkoja (raskaus, perinnöllinen alttius tai ikääntyminen), tautia, häiriötä, vammaa tai traumaa. (ICF 2004, 208.)

Toimintarajoitteet kattavat termillään kaikki osa-alueet, jotka vaikuttavat yksilöön rajoittavasti. Rajoittavat tekijät ovat ympäristössä esiintyviä piirteitä, jotka haittaavat toimintakykyä ja aiheuttavat näin ollen toimintarajoitteita. Näitä tekijöitä voivat olla fyysinen ympäristö, kielteinen suhtautuminen tai palveluiden puuttuminen. Rajoittavien tekijöiden vastakohtia ovat edistävät tekijät, jotka puolestaan vaikuttavat positiivisesti toimintakykyyn ja vähentävät toimintarajoitteita. (ICF 2004, 210.)

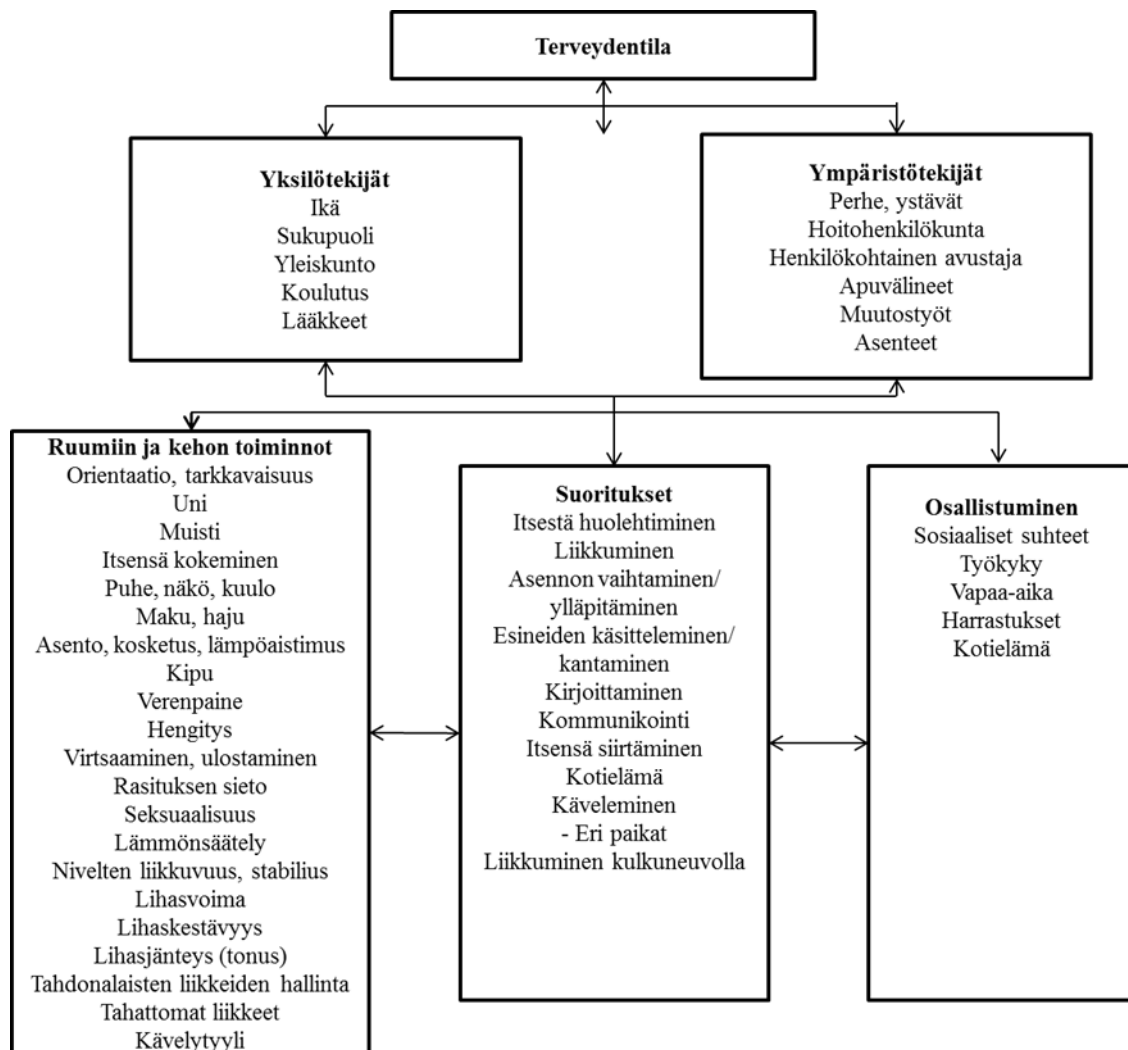
Suorituskyky ohjaa mittaamista/arviointia ilmaisella korkeinta todennäköistä toimintakyvyn tasoa Suoritukset ja osallistumiset -luokituksen tasolla. Se mitataan yhdenmukaisessa ja vakiodussa ympäristössä, jota voidaan kuvata Ympäristötekijät -luokituksen avulla. Suoritustaso on myös mittaamisen/arvioinnin käsite, joka kuvaa

tekemistä nyky-ympäristössä. Suoritusaso kertoo osallisuudesta elämän tilanteisiin ja sitä voidaan kuvata Ympäristötekijät -luokituksen avulla. Suoritusrajoite vaikeuttaa tehtävän tai toimen toteutumista. Osallistumisrajoitteessa yksilö kokee ongelmia tai ongelman osallisuudessa elämän tilanteisiin. (ICF 2004, 209–210.)

7.3 MS-tautia sairastavan toimintakyvyssä huomioitavat osa-alueet ICF:n mukaisesti

Olen lähtenyt kokoamaan ICF-luokituksen ja määritysten kautta kuvioon 3 MS-tautia sairastavalle merkityksellisiä toimintakyvyn osa- ja aihealueita. Merkitykselliset osa- ja aihealueet olen poiminut MS-taudin oireiden ja erityisvaatimukset huomioiden. Toimintakyvyn arvioimisen tulee kartoittaa asiakkaan toimintakykyä kokonaisvaltaisesti, mutta kuitenkin fysioterapia antaa sille enemmänkin liikkumiseen ja toimimiseen kattavat raamit. ICF-luokituksessa on paljon aihe-alueita, jotka ovat muiden asiantuntijoiden ominta osaamista.

KUVIO 3. MS-tautia sairastavan asiakkaan toimintakyvyssä huomioitavia osa-alueet ICF:n mukaisesti



8 FYSIOTERAPIA-ASIAKKAAN TOIMINTAKYVYN ARVIOINTILOMAKE

Helsingin MS-neuvolassa fysioterapia-asiakkaan toimintakykyä on arvioitu MS-neuvolassa sovittujen toimintatapojen pohjalta sekä ulkopuolisten kriteerien mukaisesti. Ulkopuoliset kriteerit tulevat esimerkiksi Kelalta vaikeavammaisten standardin myötä sekä kunnilta sopimusten mukaisesti.

Fysioterapia-asiakkaan arviointilomakkeen lähtökohta nousi MS-neuvolan fysioterapeuttien tarpeesta. Toivomuksia lomakkeen suhteen kartoitin fysioterapiakokouksessa suullisesti. Lomakkeen toivottiin olevan huomattavasti lyhyempi kuin edellisen Fysioterapeuttisen tutkimuslomakkeen, jotta sitä olisi helpompi käyttää. Lomakkeeseen ei myöskään haluttu varsinaisia mittausmenetelmiä, koska niiden valintaan vaikuttavat asiakkaan yksilölliset tavoitteet ja tarpeet. Lomake haluttiin tueksi asiakastyöhön toimintakykyä arvioidessa. Lomakkeen tulisi myös pohjautua voimakkaasti ICF:n. Esi miehiltä en saanut tarkempaa ohjeistusta lomakkeen rakentamisessa.

Tämän kehittämistyön pohjalta lähdin rakentamaan fysioterapia-asiakkaan toimintakyvyn arviointilomaketta. Ensimmäisessä vaiheessa lähdin keräämään ICF-luokituksen käsitteistön avulla MS-taudille merkittäviä osa- ja aihe-alueita. Nämä merkittävät asiat kartoitin MS-taudin oireiden ja tarpeiden pohjalta. Tämän kartoituksen pohjalta rakentui kuvio 3, jossa olen käyttänyt apuna ICF:n kaavakuvaa. Kuviossa 3 on toimintakyvyn aihealueet pääpiirteittäin. Kuvion 3 pohjalta aloin hahmottelemaan käsitteitä lomakkeen muotoon, josta muovautui varsinainen arviointilomake. Lomakkeen käsitteet ovat kuitenkin laajoja ja terminologia ICF:n mukaista, joten koin tarpeelliseksi selkeyttää näitä käsitteitä tarkemman erottelun avulla. Erottelu on nähtävissä liitteessä 1, joka on pohjana varsinaiselle arviointilomakkeelle. Liitteeseen 1 olen lähtenyt tarkentamaan kuviossa 3 esiintyviä ICF-luokituksen aihealueita ja luokitusportaita. Tarkenteet määrittelevät käsitteitä ja kertovat varsinaisen lomakkeen käyttäjälle käsitteiden sisällön ja merkityksen. Käsitteiden tulee olla riittävän tarkkoja, jotta niiden merkitys ei jää epäselväksi. Liite 1 ja lomake rakentuvat ICF-luokituksen osa- ja aihealueiden sekä luokitusportaiden järjestyksen mukaisesti, jotta tarvittaessa käsitteistöä olisi helpompi tarkistaa ICF-käsikirjasta.

Lomake rakentuu ICF:n osa-alueiden mukaisesti. Yksilö- ja ympäristötekijät on nostettu ensimmäisiksi loogisuuden perusteella. On mielekkäämpää kartoittaa ensin yleisluonteisempia asioita asiakkaan elämässä ja vasta sen jälkeen siirtyä kartoittamaan toimintakykyä yksityiskohtaisemmin. Kaikki aihealueet eivät ole kaikkien asiakkaiden kohdalla merkityksellisiä, joten jokainen fysioterapeutti voi kliinisen päättelyn perusteella keskittyä merkityksellisiin aihealueisiin. Lomakkeessa on kohta asiakkaan omalle näkemykselle ja kokemukselle itselleen merkityksellisistä tekijöistä toiminnan tasolla. Nämä tekijät ovat tärkeitä asiakkaan motivaation ja mielekkään terapian rakentamisen kannalta. Fysioterapiaosiossa kirjataan tavoitteista ja suunnitelmasta pääkohdat. Arvioinnissa käytettäville mittareille ja menetelmille on kohta, johon ne kirjataan. Tämän kohdan on tarkoitus helpottaa merkityksellisten mittareiden valinnassa eli ne olisivat suorassa yhteydessä tavoitteisiin ja suunnitelmaan.

Halusin, että kehittämistyön tuotos koetaan työyhteisössä toivomusten mukaiseksi ja toimivaksi työvälineeksi, joten työn edetessä kartoitin useaan otteeseen toivomuksia lomakkeen suhteen. Palautetta työn rakentumisesta keräsin suullisesti fysioterapiakokousten yhteydessä. Haasteeksi kuitenkin koin ihmisten kiireellisyyden ja vähäisen ajan työn esittämiseen sekä palautteen keräämiseen. Tärkeäksi tiedoksi koin lomakkeen laajuuden ja konkreettisen lopputuloksen eli miltä lomakkeen tulee näyttää sekä mitä pitää sisällään. Toimintakyvyn käsitteistö on laaja, joten toimintakykyä kartoittaessa on paljon huomioitavia seikkoja. Silloin vaarana on, että huomioimatta saattaa jäädä hyvinkin merkityksellinen asia toimintakyvyssä.

Olen kartoittanut kehittämistyön edetessä MS-neuvolan fysioterapeuteilta mielipiteitä rakentuvasta lomakkeesta fysioterapiakokousten yhteydessä. Palautteiden pohjalta lomakkeeseen on lisätty heidän ehdotuksia ja tärkeäksi koettuja toimintakyvyn aihealueita. Pääpiirteittäin he olivat tyytyväisiä lomakkeen rakenteeseen ja sen selkeyteen. Positiivista palautetta tuli myös ICF-luokituksen näkyvyydestä. Kirjoitustilaa puolestaan toivottiin enemmän. Kirjoitustilan lisääminen kasvattaa lomakkeen kokoa, joten keskusteluissa päädyttiin kirjoitustilan kasvattamiseen lomakkeen rakenteen rajoissa sekä lisäpaperin tai RPS-lomakkeen rinnakkaista käyttöä. Lomakkeeseen on kuitenkin tarkoitus kirjoittaa vain pääkohtia muistettavista asioista, jonka jälkeen toimintakyvyn arviointi kirjoitetaan Helsingin MS-neuvolan potilastietojärjestelmään.

Fysioterapia-asiakkaan toimintakyvyn arviointilomaketta aletaan systemaattisesti käyttää Helsingin MS-neuvolassa perehdyttämisen jälkeen. Perehdyttämisen pidän lomakkeen tekijänä sovittuna ajankohtana toukokuun loppupuolella. Perehdyttämisen tarkoituksena on lomakkeen yhdenmukainen käyttäminen ja sen käsitteistön ymmärtäminen. ICF-luokituksen aihealueet ovat monelle jokseenkin vieraita ja niiden ymmärtäminen on lomakkeen käytön edellytys. Samojen käsitteiden käyttäminen ja ymmärtäminen yhdenmukaistaa asiakkaiden toimintakyvyn arviointia ja lisää jatkossa seurannan luotettavuutta.

Lomake tallennetaan Helsingin MS-neuvolan työasemalle, jossa myös muita asiakastyössä tarvittavia lomakkeita pidetään. Lomake on MS-neuvolan työntekijöiden käytettävissä ja tulostettavissa.

KUVIO 4 Fysioterapia-asiakkaan arviointilomake

ASIAKAS		Fysioterapeutti / pvm
TERVEYDENTILA		
YKSILÖTEKIJÄT	Ikä Sukupuoli Yleiskunto Koulutus Lääkkeet	
YMPÄRISTÖTEKIJÄT	Perhe, ystävät Henkilökoht. avustaja Apuvälineet Muutostyöt Hoitohenkilökunta Asenteet	

RUUMIIN/KEHON TOIMINNOT	Orientoituminen/tarkkaavaisuus Uni Muisti Itsensä kokeminen/kehon kuva Näkö Kuulo Huimaus/kaatumisen tunne Maku/hajuaisti Asento/kosketus/lämpöaistimus Kipu Puhe Verenpaine Hengitys Rasituksen sieto Väsyvyys Lämmönsäätely Ulostaminen Virtsaminen Seksuaalisuus Nivelten liikkuvuus/stabilius Lihasvoima Lihasjänteys (tonus) Lihaskestävyys Tahdonalaisten liikkeiden hallinta Tahattomat liikkeet Kävelytyyli	
SUORITUKSET	Yleisluonteiset tehtävät Kommunikointi Asennon vaihtaminen Asennon ylläpitäminen Itsensä siirtäminen Nostaminen/kantaminen Käden käyttäminen	
	Käveleminen (eri paikat) Liikkuminen (erilaiset paikat) Liikkuminen kulkuneuvolla Peseytyminen Kehon osien hoitaminen Wc:ssä käyminen Pukeutuminen/riisuminen Ruokaileminen/juominen Omasta terveydestä huolehtiminen Tavaroiden/palveluiden hankkiminen Kotitaloustehtävät Muiden avustaminen	
OSALLISTUMINEN	Sosiaaliset suhteet Työkyky Virkistäytyminen ja vapaa-aika Harrastukset	

Muuta huomioitavaa		
Asiakkaalle merkitykselliset tekijät suorituksissa ja osallistumisissa		
FYSIOTERAPIA	Tavoitteet	
	Suunnitelma	
	Arvioinnissa käytettävät mittarit/menetelmät	

9 POHDINTA

Kehittämistehtävä vastasi laadittuja tavoitteita ja lopputulos oli mielestäni onnistunut. Omasta mielestäni osasin rakentaa tiiviin kokonaisuuden, löysin keskeiset käsitteet ja sain kerrottua pääpiirteittäin ne lukijalle. Vaikeinta oli työn ja käsitteiden rajaaminen, jotta kokonaisuus ei muodostuisi liian laajaksi.

Tärkeintä lopputuloksessa on, että lomake koetaan Helsingin MS-neuvolan fysioterapeuttien keskuudessa mielekkääksi käyttää ja siihen ollaan tyytyväisiä. Samoin että he kokevat saaneensa sellaisen työvälineen, jota toivoivat. Itselle oli mielekästä tehdä työtä, josta jää konkreettinen tuotos. Lomakkeen systemaattinen käyttäminen aloitetaan toukokuun loppupuolella. Tämän jälkeen vasta tarkempi analyysi lomakkeen onnistumisesta on mahdollista sanoa.

Kehittämistyön tekeminen on ollut oman oppimisen kannalta myönteinen ja merkittävä prosessi, jossa itse työn rakentuminen lisäksi oman asiantuntijuuden syventyminen ja vahvistuminen. Kehittämistehtävää on ollut erittäin mielekästä tehdä, vaikkakin ajankäytölliset haasteet tuntuivat joskus liian hallitsevilta. Itselle merkittävimiksi teemoiksi on noussut ICF-luokituksen ymmärtäminen ja oppiminen omassa sekä kuntoutujan osallistumisen merkityksen kuntoutuksessa. ICF-luokitus oli nimenä tuttu, mutta sen rakentuminen ja käyttäminen osassa työssä vierasta. ICF-luokitus on antanut hyviä näkemyksiä ja työkaluja asiakkaan toimintakyvyn arviointiin ja yhdenmukaistanut käsitteitä ja työtapoja Helsingin MS-neuvolassa. Asiakaslähtöisyys on ollut työssäni aina tärkeä asia, mutta nyt olen ymmärtänyt asiakkaan näkemyksen ja kokemuksen merkityksen. Asiakkaalla voi olla hyvinkin erilainen näkemys merkityksellisistä tekijöistä omassa toimintakyvyssä ja niiden huomioiminen motivaation kannalta keskeistä. Asiakas ei myöskään aina osaa kertoa esimerkiksi omia voimavaroja kysyttäessä, vaan ammattitaitoon kuuluu niiden löytäminen arkipäivästä.

LÄHTEET

Biotec idec. 2007. MS-mitä siitä? Kirja MS-taudista. Printing AB Malmö.

Franssila, P. & Hast, P. 2005 Haasteena yhteinen ymmärrys fysioterapian tavoitteista. Fysioterapia 05/3

ICF; toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. 2004. WHO. Stakes.

Fysioterapian rakenteinen kirjaaminen terveydenhuollossa. 2011. Suomen Fysioterapeutit. Tulostettu 25.2.2011
http://www.suomenfysioterapeutit.fi/index.php?option=com_content&view=article&id=293&Itemid=183

Häkämies, A. 2011. Lehtori. Neurologisen fysioterapian erikoistumisopinnot. Luento. Sairastuminen 10.1.2011. Tampereen ammattikorkeakoulu.

Järvikoski, A. & Härkäpää, K. 2008. Kuntoutuksen perusteet. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö.

Kelan tutkimusosasto. (toim.) Paaltamaa, J., Karhula, M., Suomela-Markkanen, T. & Autti-Rämö, I. 2011. Hyvän kuntoutuskäytännön perusta. Sastamala; Vammalan kirjapaino Oy.

Kela. 2011. Gas-menetelmä. Luettu 23.3.2011.
<http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/301210120315SV?OpenDocument>

Kersten, P. 2004. Stokes, M. (Edited) Physical Management in Neurological Rehabilitation. China: Elsevier.

Kettunen, R., Kähäri-Wiik, K., Vuori-Kemilä, A. & Ihalainen, J. 2009. Kuntoutuksen mahdollisuudet. Helsinki: WSOYpro Oy.

Käypähoitosuositus. 2009. MS-taudin diagnoosi, lääkehoito ja kuntoutus. Tulostettu 19.11.2010. http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=hoi36070

Lehto, M. 2004. Matikainen, E., Aro, T., Huunan-Seppälä, A., Kivekäs, J., Kujala, S. & Tola, S. (toim.) 2004. Toimintakyky – Arviointi ja kliininen käyttö. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Leinonen, R. Erikoistutkija. 2011. Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallinen asiantuntijaverkosto: TOIMIA-tulosten ja tietokannan julkaisuseminaari. THL. Helsinki.

Lennon, S. 2004. Edited by Stokes, M. Physical Management in neurological rehabilitation. China: Elsevier Mosby.

Lennon, S. & Bassile, C. Lennon, S. & Stokes, M. (Edited) Pocketbook of Neurological Physiotherapy. China: Elsevier.

Paaltamaa, J. 2008. Assessment of physical functioning in ambulatory persons with multiple sclerosis. Vammala: Vammalan kirjapaino Oy.

Paaltamaa, J., Karppi, S-L., Smolander, P., Koho, P. & Hurri, H. Suomessa käytössä olevan fyysisen toimintakyvyn arviointimenetelmiä ja WHO:n uusi toimintakykyluokitus ICF. Suomen Lääkärilehti 5/2006 vsk 61.

Ryerson, S. 2009. (Edited Lennon & Skokes). Pocketbook of Neurological Physiotherapy. China; Elsevier.

Ruutiainen, J. 2001. Minulla on MS. Suomen MS-liiton julkaisukirja n:o 1.

Sainio, P. Projektipäällikkö. 2011. Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallinen asiantuntijaverkosto: TOIMIA-tulosten ja tietokannan julkaisuseminaari. THL. Helsinki.

Soinila, S., Kaste, M., Launes, J. & Sommer, H. 2001. Neurologia. Jyväskylä: Duodecim.

Talvitie, U., Karppi, S-L & Mansikkamäki, T. 2006. Fysioterapia. Helsinki: Edita Prima Oy.

Tienari, Pentti. 15.9.2010. Multippeliskleroosi (MS-tauti). Lääkärin käsikirja. Tulostettu 19.11.2010.

http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=ykt00913

Toimia. Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin asiantuntijaverkosto. 2011. Luettu 2.2.2011. <http://www.toimia.fi/index.html>.

Suomen MS-liitto ry. 2011. Luettu 15.1.2011. <http://www.ms-liitto.fi/harnes>

Steiner, A W., Ryser, L., Huber, E., Uebelhart, D., Aeschlimann, A. & Stuchi, G. 2002. Use of the ICF Model as a Clinical Problem-Solving tool in Physical Therapy and Rehabilitation Medicine. Physical Therapy Volume 82 number 11.

Vilkkumaa, I. (toim.) Mansikkamäki, T. 2003. Polkuja fysioterapian tulevaisuuteen – Suomen Fysioterapeuttiliiton 60-vuotisjuhlajulkaisu. Painotalo Auranen.

	Huimaus (b2401)								
	Kaatumisen tunne (b2402)								
Muut aistitoiminnot (b250-b279)									
	Makuaistitoiminnot (b250)								
	Hajuaistitoiminnot (b255)								
	Asentoaistitoiminnot (b260)								
	Kosketusaistitoiminnot (b265)								
	Lämpö- ja muiden ärsykkeiden aistitoiminnot (b270)								
	Lämpöaistimus (b2700)								
	Tärinäaistimus (b2701)								
	Paineaistimus (b2702)								
	Lämpö- ja muiden ärsykkeiden aistitoiminnot, muu määritelty (b2708)								
Kipu (b280-b289)									
	Kipuaistimus (b280)								
	Yleistynyt kipi (b2800)								
	Kipu ruumiin/kehon osassa (b2801)								
	Kipu useassa ruumiin/kehon osissa (b2802)								
Pääluokka 3									
ÄÄNI- JA PUHETOIMINNOT									
	Puheäänitoiminnot (b310)								
	Puheäänien tuotto (b3100)								
	Puheen sujuvuus- ja rytmitoiminnot (b330)								
	Puheen sujuvuus (b3300)								
	Puherytmi (b3301)								
	Puheen nopeus (b3302)								
Pääluokka 4									
SYDÄN JA VERENKIERTO-, VERI-, IMMUUNI- JA HENGITYSJÄRJESTELMÄN TOIMINNOT									
Sydän ja verenkiertojärjestelmän toiminnot (b410-b429)									
	Verenpainetoiminnot (b420)								
	Korkea verenpaine (b4200)								
	Matala verenpaine (b4201)								
	Verenpaineen ylläpito (b4202)								
Hengitysjärjestelmän toiminnot (b440-b449)									
	Hengitystoiminnot (b440)								
	Hengitystaajuus (b4400)								
	Hengitysrytmi rytmi (b4401)								
	Hengityssyvyys (b4402)								
	Hengityslihastoiminnot (b445)								
	Rintakehän hengityslihasten toiminnot (b4450)								
	Pallean toiminnot (b4451)								
Sydän ja verenkierto- sekä hengitysjärjestelmän muut toiminnot ja aistimukset (b450-b469)									
	Rasituksen sieto (b450)								
	Fyysinen yleiskestävyys (b4550)								
	Aerobinen kapasiteetti (b4551)								

	Istuminen (d4103)								
	Seisominen (d4104)								
	Vartalon taivuttaminen (d4105)								
	Kehon painopisteen siirtäminen (d4106)								
	Asennon ylläpitäminen (d415)								
	Makuuasennon ylläpitäminen (d4150)								
	Kyykkyasennon ylläpitäminen (d4151)								
	Polviseisannon ylläpitäminen (d4152)								
	Istuma-asennon ylläpitäminen (d4153)								
	Seisoma-asennon ylläpitäminen (d4154)								
	Itsensä siirtäminen (d420)								
	Itsensä siirtäminen istuma-asennossa (d4200)								
	Itsensä siirtäminen makuu-asennossa (d4201)								
Esineiden kantaminen, liikuttaminen ja käsitteleminen (d430-d449)									
	Nostaminen ja kantaminen (d430)								
	Käden hienomotorinen käyttäminen (d440)								
	Poimiminen (d4400)								
	Tarttuminen (d4401)								
	Käsitteleminen (d4402)								
	Irrottaminen (d4403)								
	Käden ja käsivarren käyttäminen (d445)								
	Vetäminen (d4450)								
	Työntäminen (d4451)								
	Kurkottaminen (d4452)								
	Heittäminen (d4454)								
	Kiinnittäminen (d4455)								
Käveleminen ja liikkuminen (d450-d469)									
	Käveleminen (d450)								
	Lyhyiden matkojen käveleminen (d4500)								
	Pitkien matkojen käveleminen (d4501)								
	Erlaisilla alustoilla käveleminen (d4502)								
	Esineiden väistäminen kävellessä (d4503)								
	Liikkuminen erilaisissa paikoissa (d460)								
	Kotona liikkuminen (d4600)								
	Muissa rakennuksissa kuin kotona liikkuminen (d4601)								
	Kodin ja muiden rakennusten ulkopuolella liikkuminen (d4602)								
Liikkuminen kulkuneuvoilla (d470-d489)									
	Kulkuneuvojen käyttäminen (d470)								
	Ajaminen (d475)								
Pääluokka 5									
ITSESTÄ HUOLEHTIMINEN									
	Peseytyminen (d510)								
	Kehon osien peseminen (d5100)								
	Koko kehon peseminen (d5101)								
	Kehon osien hoitaminen (d520)								
	Ihon hoitaminen (d5200)								

	Hampaiden hoitaminen (5201)								
	Hiusten/parran hoitaminen (d5202)								
	Sormenkynsien hoitaminen (d5203)								
	Varaankynsien hoitaminen (d5204)								
	Wc:ssä käyminen (d530)								
	Pukeutuminen (d540)								
	Vaatteiden pukeminen (d5400)								
	Vaatteiden riisuminen (d5401)								
	Jalkineiden pukeminen (d5403)								
	Jalkineiden riisuminen (d5404)								
	Ruokaileminen (d550)								
	Juominen (d560)								
	Omasta terveydestä huolehtiminen (d570)								
Pääluokka 6									
KOTIELÄMÄ									
Välttämättömyyshyödykkeiden ja -tarvikkeiden hankkiminen (d610-d629)									
	Tavaroiden ja palveluiden hankkiminen (d620)								
	Ostosten tekeminen (d6200)								
	Päivittäisten pesutarvikkeiden ja tarvikeaineiden kerääminen (d6201)								
Kotitaloustehtävät (d630-d649)									
	Aterioiden valmistaminen (d630)								
	Kotitaloustöiden tekeminen (d640)								
	Vaatteiden ja asusteiden peseminen ja kuivaaminen (d6400)								
	Keittoalueen ja keittiötarvikkeiden puhdistaminen (d6401)								
	Asunnon siivoaminen (d6402)								
	Kotitalouskoneiden käyttäminen (d6403)								
Kotitalouden esineistä, kasveista ja eläimistä huolehtiminen ja muiden henkilöiden avustaminen (d650-d669)									
	Kotitalouden esineistä, kasveista ja eläimistä huolehtiminen (650)								
	Muiden henkilöiden avustaminen (d660)								
Pääluokka 7									
HENKILÖIDEN VÄLINEN VUOROVAIKUTUS JA IHMISSUHTEET									
Henkilöiden välinen yleisluontoinen vuorovaikutus (d710-d729)									
Henkilöiden välinen erityinen vuorovaikutus (d730-d779)									
Pääluokka 8									
KESKEISET ELÄMÄNALUEET									
Opetus ja koulutus (d810-d839)									
Työ ja työllistyminen (d840-d859)									
Pääluokka 9									
YHTEISÖLLINEN, SOSIAALINEN JA KANSALAISELÄMÄ									
Virkistyttyminen ja vapaa-aika (d920)									
	Harrastukset (d9204)								
	Sosiaalinen kanssakäyminen (d9205)								